

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 109

FACULTE DE MEDECINE

DE

L'ACCOUCHEMENT A TERME

DANS LES

BASSINS RACHITIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1910

PAR

Albert ABOAB

Né à Oran, le 31 janvier 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

VALLOIS, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
DE ROUVILLE, prof.-adj.,		
JEANBRAU, agrégé,		
VEDEL, agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

DE
L'ACCOUCHEMENT A TERME
DANS LES
BASSINS RACHITIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 109

FACULTE DE MEDECINE

DE

L'ACCOUCHEMENT A TERME

DANS LES

BASSINS RACHITQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1910

PAR

Albert ABOAB

Né à Oran, le 31 janvier 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

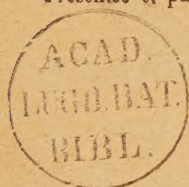
Examineurs de la Thèse	{	VALLOIS, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
		DE ROUVILLE, prof.-adj.,		
		JEANBRAU, agrégé		
		VEDEL, agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSESEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseigne ^t de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . . .	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints: MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire: M. VIALLETON

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. . .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examineurs de la Thèse

MM. VALLOIS, <i>président.</i>	JEANBRAU, <i>agrégé.</i>
DE ROUVILLE, <i>prof.-adj.</i>	VEDEL, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A. ABOAB.

A TOUS MES AMIS

A. ABOAB.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A. ABOAB.

DE

L'ACCOUCHEMENT A TERME

DANS LES

BASSINS RACHITIQUES

INTRODUCTION

La conduite à tenir dans les bassins rachitiques a donné lieu à de nombreuses controverses. De nos jours, des règles classiques ont été formulées à ce sujet ; mais elles ne sauraient s'appliquer à tous les cas offerts à l'accoucheur.

Le problème, en effet, contient de nombreuses inconnues ; les données mathématiques, à cause de l'insuffisance des moyens actuels d'investigation, sont incomplètes et souvent erronées. Sait-on, dans tous les cas, exactement la date de la grossesse ? Pouvons-nous connaître les dimensions vraies d'une tête fœtale que nous sentons dans un utérus ? Le mécanisme de l'accouchement dans des bassins dont les squelettes sont pareils est-il toujours le même ?

Sous peine de commettre de graves erreurs préjudiciables à la vie de l'enfant et aussi à celle de la mère, on ne saurait constamment se fier aux données théoriques.

La clinique seule, par un grand nombre de faits variés, sincèrement observés au lit des parturientes, pourra entraîner notre conviction et nous dicter notre ligne de conduite.

Aussi, loin de vouloir apporter de nouvelles considérations théoriques à la question de l'accouchement dans les bassins rachitiques, nous proposons-nous, dans ce modeste travail, de donner à ce sujet un nouveau faisceau de faits cliniques qui, en venant se joindre à d'autres déjà apportés ou à apporter, contribueront à asseoir sur des bases plus solides encore notre ligne de conduite.

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de fixer la conduite à tenir dans chaque cas et dans chaque degré de dystocie, mais d'essayer de dégager une ligne de conduite pouvant s'appliquer à la généralité des bassins rachitiques.

Voici le plan de notre travail :

Dans un premier chapitre nous ferons une description anatomique succincte des bassins rachitiques.

Une série de quinze observations est rapportée dans le chapitre II.

Le chapitre III comprendra la discussion de ces observations, les résultats obtenus et enfin nos conclusions.

Les observations que nous rapportons sont dues à l'obligeance de M. le docteur Vallette, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille. Nous sommes heureux de l'en remercier publiquement.

Nous sommes heureux aussi d'affirmer à nos camarades les docteurs A. Diacono, M. Lombroso et A. R. Pons, nos sentiments d'inaltérable amitié.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DES BASSINS RACHITIQUES

Sous l'influence du rachitisme, les os du bassin subissent un arrêt de développement et se ramollissent ; il en résulte une atrophie et des déformations diverses.

Comme configuration générale, le bassin rachitique est un bassin aplati, c'est-à-dire que ses parois antérieures et postérieures sont rapprochées l'une de l'autre au niveau du détroit supérieur : il y a un rétrécissement portant surtout sur le diamètre antéro-postérieur, un peu sur les diamètres obliques ; quant aux diamètres transverses ils sont habituellement normaux, ce n'est que rarement que les parois latérales sont rapprochées et qu'il y a rétrécissement des diamètres transverses ; le bassin est alors petit en tous sens.

Les diamètres de l'excavation sont variables ; les diamètres antéro-postérieurs vont en s'agrandissant de haut en bas ; leurs dimensions diffèrent suivant la forme et l'inclinaison de la symphyse, suivant la courbure de la face antérieure du sacrum. Dans les cas où cette face antérieure du sacrum est plane, les diamètres sacro-pubiens sont très diminués ; dans ceux où la concavité du sacrum est accusée les diamètres antéro-postérieurs sont plus étendus que sur un bassin normal. Quant aux diamètres transverses ils présentent des dimen-

sions très variables, suivant les altérations que le rachitisme a fait subir au bassin.

Dans les bassins annelés le rétrécissement n'existe qu'au détroit supérieur, l'excavation étant normale. Dans les bassins canaliculés le rétrécissement porte sur toute la hauteur du canal pelvien.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Groupe I. — Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien mesure au moins 11 cm 5

OBSERVATION PREMIÈRE

Due à l'obligeance de M. le docteur Vallette, chef de Clinique à l'Ecole de Médecine de Marseille

Accouchement à terme. Forceps dans l'excavation.

B... Marie, 30 ans, journalière, entre au dortoir le 6 janvier 1907. Cette femme, primipare, a eu ses règles du 30 mai au 3 juin 1906, et depuis cette époque sa grossesse évolue sans incident. Ses antécédents pathologiques et physiologiques n'offrent aucun intérêt. Elle a marché de bonne heure et ne présente de prime abord aucun stigmate de rachitisme. A l'examen on constate que ses parois abdominales sont souples. Au palper, on sent une tête mobile au-dessus du détroit supérieur, se présentant en O I G T ; le plan du dos et le foyer d'auscultation sont à gauche de la ligne médiane. Par le toucher on atteint le promontoire ; le diamètre P. So. P. mesure 11 cm. 5. Cette femme est mise en observation, et l'on constate un état de choses semblable jusqu'au 27 février.

Le travail se déclare. Le sommet n'est pas engagé, mais très fortement incliné sur son pariétal postérieur ; la dilatation se fait assez lentement. La suture sagittale occupe le

diamètre transverse et se trouve rapprochée du pubis. Le travail paraît rester stationnaire pendant toute la journée du 27. Cependant par le toucher on assiste au mouvement de bascule de la tête fœtale, car la suture sagittale s'éloigne de plus en plus du pubis pour se rapprocher du sacrum.

Grâce à ce mouvement le sommet s'engage peu à peu. La tête occupe entièrement l'excavation ; la dilatation est complète à 11 heures du soir, mais le fœtus rend du méconium ; on applique le forceps en GT et on extrait en OP un fœtus du genre masculin qui pèse 3.350 grammes et crie aussitôt.

Délivrance et suites de couches normales. Diamètre bi-pariétal : 9 cm. 3.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Docteur Vallette

Accouchement à terme. Forceps au détroit inférieur.

V... J., primipare, entre à la Clinique le 17 nov. 1907 à 2 heures du matin, ayant subi en ville une application de forceps sans résultat. Elle a eu ses dernières règles en février. Le travail s'est déclaré en ville le 15 novembre à 6 heures du matin, après rupture prématurée de la poche des eaux. La dilatation, à ce que l'on nous dit, est restée stationnaire pendant toute la journée du 16.

A son arrivée, on constate une présentation du sommet immobile dans l'aire du détroit supérieur ; l'utérus mesure 35 centimètres ; les parois sont souples ; les bruits du cœur, bien qu'un peu rapides, sont naturellement perçus à gauche et au-dessus de l'ombilic ; par le toucher on trouve la dilatation complète et une énorme bosse séro-sanguine qui empêche de sentir les sutures ; on atteint le promontoire ; le diamètre promonto sous-pubien égale 11 cm. 5.

Dans ces conditions on décide d'attendre.

A 3 heures du matin, la tête a progressé et s'engage dans l'excavation, les bruits du cœur sont bons.

A 5 heures et demie, la tête est complètement engagée, la rotation n'est pas faite et les bruits du cœur se ralentissent.

A 5 h. 40, en raison de l'état des bruits du cœur fœtal, on fait une application de forceps en OIGA et l'on extrait en OP un enfant du sexe masculin qui pèse 3.700 grammes et qui naît étonné.

La délivrance se fait normalement. Suites de couches bonnes.

Le diamètre bi-pariétal mesure 9 centimètres.

Groupe II. — Bassins annelés ou canalisés dont le diamètre promonto-sous-pubien mesure au moins 10 cm. 5 (Bassins de 9 centimètres).

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le Docteur Vallette.

Accouchement à terme. Spontané.

M... M..., 25 ans, domestique, primipare, entre au dortoir le 6 février 1907 sans antécédents pathologiques. Elle a toujours bien marché, mais ne peut dire l'âge auquel elle fit ses premiers pas.

A l'examen, on constate d'abord que le sommet se présente au détroit supérieur, mais qu'il n'est pas engagé. Le plan du dos et le foyer d'auscultation se trouvent à gauche de la ligne médiane. Par le toucher, on constate que le promontoire est accessible ; par la mensuration on établit que le diamètre promonto-sous-pubien minimum est au plus égal à 9 centimètres. Plusieurs examens successifs font constater un état

de choses à peu près semblable. Cette femme entre enfin en travail le 11 mars au matin.

A ce moment, le sommet tend à s'engager, mais est toujours mobile et déborde encore le détroit supérieur.

A 8 heures du matin, la poche des eaux se rompt prématurément, mais le sommet reste toujours élevé et mobile. A 10 heures, la dilatation est comme 5 francs et l'on constate que le pariétal antérieur descend le premier.

Enfin, à 5 heures et demie du soir, cette femme, après de nombreux efforts, expulse spontanément un fœtus du sexe masculin qui pèse 3130 grammes.

La délivrance est très longue à faire, mais se termine spontanément.

Suites de couches normales. Enfant en bonne santé.

Le diamètre bi-pariétal de l'enfant : 8 cm. 5.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Dr Vallette
Accouchement à terme. Forceps dans l'excavation

B... M..., 33 ans, primipare, entre au dortoir le 27 mai 1907.

Au palper, on constate que le sommet se présente au détroit supérieur, mais qu'il n'est pas engagé. Le plan du dos et le foyer d'auscultation sont à gauche de la ligne médiane. Par le toucher, on atteint assez aisément le promontoire et l'on constate que le diamètre promonto-pubien minimum mesure 9 centimètres et demi au plus.

Le 28 mai, nouvel examen ; la femme est près du terme : même état de choses.

Le 8 juin, à 8 heures du soir, début du travail ; la tête appuie sur le détroit supérieur, mais est encore mobilisable.

A 7 heures du soir, la dilatation est comme 5 francs. La tête est maintenant immobilisée et plonge dans l'excavation.

A minuit, la dilatation est complète ; l'engagement s'est fait par asynclitisme postérieur, mais la tête reste très élevée dans l'excavation.

A 3 heures du matin, même situation ; cependant, devant le ralentissement des bruits du cœur, on fait une application de forceps et l'on extrait assez facilement un enfant du sexe féminin qui pèse 2.850 grammes, ayant déjà expulsé une partie de son méconium et qui naît étonné.

La délivrance s'effectue normalement, le diamètre bi-pariétal de l'enfant mesure 8 centimètres et demi.

Suites de couches bonnes, l'enfant se développe normalement.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le Docteur Valette)
Accouchement à terme spontané.

B... M., 33 ans, tertipare, entre au dortoir le 18 octobre 1907. Pas d'antécédents pathologiques.

La première grossesse s'est terminée à terme par la naissance d'une fille vivante. La deuxième grossesse s'est terminée le 16 mai 1901 par la naissance d'un garçon de 3.950 grammes, extrait avec forceps et vivant aujourd'hui encore.

Dernières règles du 1^{er} au 4 février 1907.

Etat actuel. Le squelette paraît normal. Mais la taille est très petite. Œdèmes et varices légères aux membres inférieurs. Ventre bien développé. Utérus, dont les parois sont légèrement tendues, mesure 34 centimètres.

Au palper : extrémité céphalique très mobile au-dessus du détroit supérieur en OIDI ; plan du dos et foyer d'auscultation à droite de la ligne médiane.

Au toucher : on atteint assez aisément le promontoire. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 centimètres et demi, ce qui suppose un diamètre utile de 9 centimètres.

Le travail se déclare le 4 octobre à 4 heures du soir. La tête, qui se présente toujours au détroit supérieur, ne s'engage pas, malgré d'assez fréquentes contractions. A 9 heures du soir, la dilatation est comme 2 francs, la poche des eaux se rompt.

Le sommet tend à s'engager en OIDP. Mais il n'appuie plus sur le col et le travail est très lent et très irrégulier. L'état de la parturiente reste à peu près le même durant toute la journée du 5 octobre. Les bruits du cœur fœtal sont toujours excellents.

Le 6 octobre à 10 heures du matin, la dilatation atteint à peine 5 francs et la tête reste élevée. Les contractions, toujours énergiques, sont assez espacées.

A 7 heures du soir, le travail n'a pas progressé, mais, l'état du fœtus étant excellent, on décide d'attendre encore.

A 10 heures, dilatation égale à fond de verre. tête toujours élevée en OIDP ; état du fœtus parfait.

A 11 heures et demie, dilatation complète ; tête bien descendue.

A minuit et demi, après quelques contractions énergiques, la femme expulse en OP un fœtus du sexe masculin, qui pèse 3.800 grammes et ne présente aucun signe de souffrance.

Longueur du fœtus, 52 centimètres ; tête très ossifiée au niveau des fontanelles.

Délivrance normale. Suites de couches bonnes.

Durée du travail, 56 heures.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Vallette,
Accouchement à terme. Forceps à la vulve

J... (E), 25 ans, brodeuse, secondipare, entre au dortoir le 30 novembre 1907.

Son père est mort d'une cardiopathie ; sa mère est en bonne santé ; un de ses deux frères est mort tuberculeux.

Elle fit ses premiers pas de bonne heure, à 11 mois. Mais elle eut une démarche anormale et resta nouée pendant plusieurs années.

Son premier accouchement s'est terminé à la Maternité de Cannes le 10 mai 1903. On tenta sans succès et sous chloroforme un forceps au détroit supérieur et on pratiqua en dernier lieu une version podalique pour extraire un enfant du sexe masculin qui pesait 4 kilogrammes, cet enfant est mort un mois et demi après sa naissance.

La grossesse actuelle évolue, dit-elle, depuis la fin du mois de février sans aucun incident.

A l'examen, on constate que les tibias sont très déformés.

Le ventre est bien développé ; l'utérus dévié à droite mesure 33 centimètres.

Le sommet non engagé se présente en O I G T. Par le toucher on atteint assez aisément le promontoire ainsi que la face antérieure du sacrum. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 11 centimètres, ce qui fait supposer un diamètre utile de 9 centimètres et demi.

Nouvel examen le 17 décembre. Présentation O I G P. La tête paraît grosse, elle est mobile au dessus du détroit supérieur ; on a deux foyers d'auscultation très nets, qui semblent d'ailleurs appartenir à un seul et même fœtus.

Le travail paraît se déclarer dans la nuit du 19 au 20. Le 20, à 8 heures du matin, les contractions sont très violentes et la femme descend à la salle d'accouchement. L'utérus mesure 38 centimètres. Le sommet n'est toujours pas engagé, plan du dos à gauche et en arrière, le pariétal antérieur semble déborder très nettement la symphyse. Par le toucher on constate que la tête est descendue et appuie sur le col ; la dilatation est comme 50 centimes. A l'auscultation : premier foyer à droite au niveau de l'ombilic, deuxième foyer à gauche et en arrière.

A midi, même état ; dilatation, 1 franc ; quelques vomissements. A 3 heures du soir, dilatation comme 2 francs ; la tête appuie bien sur le col ; la poche des eaux bombe à chaque contraction.

A 4 h. 15, rupture de la poche des eaux, dilatation égale à 5 francs ; on sent la suture sagittale dans le diamètre oblique droit, et l'on pense à une gauche postérieure ; cependant on ne peut atteindre aucune fontanelle.

A 6 h. 30 la dilatation est presque complète, la tête paraît avoir légèrement progressé ; les bruits du cœur fœtal sont excellents.

A 7 heures, dilatation complète ; la suture sagittale est dans le diamètre oblique droit ; on sent au centre la fontanelle antérieure, et, sous l'éminence ilio-pectinée droite, les deux arcades sourcilliaires ainsi qu'une saillie osseuse qui paraît être la racine du nez ; c'est donc le front qui tend maintenant à s'engager. On se prépare à intervenir si cela devient nécessaire.

A 9 h. 30 les bruits du cœur se précipitent ; brusquement la tête vient de s'engager ; on l'extrait rapidement par une application de forceps.

L'enfant, de sexe masculin, pèse 3.000 grammes ; il ne tarde pas à crier.

La délivrance se fait spontanément, mais elle est suivie d'une hémorragie très sérieuse due à la présence d'un cotylédon supplémentaire et ayant nécessité un traitement des plus actifs.

Suites de couches normales.

Diamètre bi-pariétal, 9 centimètres et demi.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. le docteur Vallette. — Accouchement à terme spontané.

C. J..., 22 ans, domestique, primipare, entre au dortoir le 30 septembre 1907. Elle ne fit ses premiers pas qu'à l'âge de 3 ans, elle a conservé sur son squelette des traces manifestes de rachitisme.

Les dernières règles datent du 25 au 30 février, elle est donc à peu près vers la fin de son septième mois de gestation. Il y a un léger œdème des membres inférieurs ; pas d'albumine dans les urines. Le ventre est très développé eu égard à l'âge de la grossesse, l'utérus mesure 28 centimètres, il est tendu et donne à la percussion une sensation de flot très nette ; le fœtus, dont la tête ballote dans l'aire du détroit supérieur, paraît assez petit, il est très mobile, le plan du dos est à droite. Au toucher on atteint assez facilement le promontoire, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 centimètres et demi. On pose le diagnostic d'hydramnios, la femme est mise au repos.

Le 30 octobre : Le ventre est excessivement tendu, l'hydramnios paraît avoir augmenté et le fœtus ballote toujours très aisément, il paraît avoir changé de position.

Le 24 novembre, la tension a considérablement diminué, le liquide semble s'être en partie résorbé tandis que le fœtus semble avoir augmenté de volume.

Le 9 décembre au matin, la poche des eaux se rompt pré-

maturément et laisse écouler une quantité moyenne de liquide amniotique.

Le travail se déclare et la femme entre le même jour, à 5 heures du soir, à la salle d'accouchement.

Au palper : plan du dos à gauche et sommet tendant à s'engager au détroit supérieur.

Au toucher : col presque complètement effacé et en voie de dilatation ; la tête, que l'on atteint avec peine, n'appuie pas sur le col. Les bruits du cœur fœtal s'entendent très nettement à gauche et au-dessous de l'ombilic.

A minuit, malgré des contractions très énergiques, la dilatation ne paraît pas avoir progressé ; cependant la tête tend à descendre dans l'excavation.

Le 10 décembre, à 4 heures du matin, la dilatation est comme cinq francs, la tête a nettement progressé ; on sent la suture sagittale dans le diamètre oblique ; les bruits du cœur sont bien frappés.

A 7 heures et demie, la dilatation est complète ; le périnée commence à tomber au moment de la contraction et, à 9 heures du matin, la femme expulse en OP un enfant du sexe féminin, qui pèse 3 kilog. 500.

Délivrance et suites de couches normales.

Le pariétal droit chevauche largement sur le gauche.

Durée totale du travail : 23 heures.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Vallette)

Accouchement à terme spontané

M..., D., 25 ans, domestique, primipare, entre à la clinique le 5 mai 1908, à 7 heures du soir, en travail depuis 18 heures.

A l'examen on trouve : Au palper : un sommet mobile au

dessus du détroit supérieur, plan du dos à droite, petites parties à gauche. Au toucher : l'excavation est vide ; le col est dilaté comme 2 francs ; l'index atteint aisément le promontoire, le diamètre promonto sous-pubien mesure 10 centimètres et demi ; la concavité du sacrum est très prononcée ; dans ces conditions on décide d'attendre encore, se proposant d'intervenir si le fœtus manifestait des symptômes de souffrance au cours de cette longue période d'engagement.

A une heure du matin la poche des eaux se rompt, la dilatation est complète, la tête plonge largement dans l'excavation ; le cœur fœtal est activement surveillé ; à 1 h. 45, la tête est engagée, le pariétal antérieur est dans l'excavation, la rotation interne s'effectue et à 3 h. 45 la femme expulse en OP un fœtus du sexe masculin qui pèse 2.800 grammes et crie aussitôt.

Délivrance normale. Suites de couches pathologiques, malgré un traitement préventif prescrit en raison du long travail ; la femme sort guérie néanmoins le 16^e jour.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Dr Vallette)
Accouchement à terme. Forceps au détroit inférieur

G... F..., ménagère, 34 ans, entre au dortoir le 14 mai 1908. C'est une secundipare dont le premier enfant est né en 1906 : très volumineux, il fut extrait après plusieurs applications de forceps. Elle est envoyée par le docteur qui l'accoucha, qui l'envoie cette fois-ci de bonne heure avec le diagnostic de rétrécissement du bassin. A l'examen, on constate un léger chapelet costal ; au palper, on trouve l'extrémité céphalique amorcée dans l'aire du détroit supérieur ; au toucher, on atteint aisément le promontoire ; l'excavation est vide ; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cm. 5.

Cette secondipare entre en travail le 12 juin; elle perd ses eaux d'une façon précoce le 20, à 3 heures du matin; à 6 h., la dilatation est comme 50 centimes, la tête est toujours au-dessus du détroit supérieur; à 1 h. 30, la dilatation est stationnaire, mais la tête s'amorce; à 3 heures et demie, la dilatation est presque la même, la tête appuie sur le col utérin; à 5 heures, la dilatation est complète, la rotation est faite; à 6 h. 30, devant le défaut de progression de la tête et l'état d'inertie de l'utérus, on applique le forceps et l'on extrait un fœtus du sexe féminin qui pèse 4 k. 300.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Dr Vallette)

Accouchement à terme. Forceps dans l'excavation

N... E..., 24 ans, domestique, primipare, entre au dortoir le 20 décembre 1907.

Antécédents personnels : ne fit ses premiers pas qu'à l'âge de 18 mois.

A l'examen, on trouve : squelette normal, ventre normalement développé. Au palper, parois utérines souples, sommet mobile au-dessus du détroit supérieur, plan du dos et foyer d'auscultation à droite de la ligne médiane. Au toucher, on atteint facilement le promontoire; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cm. 5; le sacrum est concave.

Cette femme entre à la salle d'accouchement le 8 février à 3 heures du soir. Le sommet, qui se présente toujours en OT, est mobile au-dessus du détroit supérieur; le col est effacé, la dilatation est comme 50 centimes. A minuit, la dilatation égale 2 francs. Le 9 février, à 10 heures du matin, la dilatation est complète, on rompt la poche des eaux : le sommet est encore très élevé, on sent la suture sagittale très près de la

face postérieure de la symphyse pubienne; les bruits du cœur sont normaux.

A midi, même situation; pulsations du fœtus, 132.

A 2 heures du soir, la suture s'éloigne notablement du pubis, le cœur fœtal bat à 200 pulsations. A 2 h. 30 on constate que la suture se rapproche du sacrum et que le pariétal antérieur descend lentement. A 4 heures l'engagement est complet et, devant l'état de souffrance du fœtus, on applique le forceps en DT et on extrait un fœtus du sexe masculin qui pèse 3.370 grammes et qui naît étonné.

Cet enfant présenta pendant quelques jours une légère paralysie faciale droite.

Délivrance normale. Les suites de couches, malgré un traitement prophylactique, furent pathologiques, mais la malade put sortir guérie le 14^e jour.

Groupe III. — Bassins annelés dont le diamètre promonto-sous pubien mesure au moins 9 cm. 5. (Bassins de 8 centimètres.)

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de M. le docteur Vallette
Accouchement à terme. Forceps dans l'excavation.

G... E., 21 ans, primipare, entre au dortoir le 6 juin 1907. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques, toutefois elle ne fit ses premiers pas qu'à l'âge de 4 ans.

Ses dernières règles se sont terminées, d'après le dire de la femme, le 10 septembre 1906.

Depuis cette date la grossesse évolue sans incidents.

A l'examen: le squelette paraît normal; il y a ni œdème, ni varices aux membres inférieurs; l'utérus bien développé est sur la ligne médiane, les parois sont souples et par le

palper on constate que l'extrémité céphalique se présente au détroit supérieur; le plan du dos est à droite ainsi que le foyer d'auscultation. L'engagement n'étant pas fait, on pratique le toucher et l'on atteint aisément le promontoire : le diamètre sous-pubien mesure 10 centimètres; le sacrum paraît concave.

En raison de ce rétrécissement, cette femme est particulièrement surveillée.

Elle commence à souffrir le 26 août, à 11 heures du soir, et descend à la salle de travail le 27, à 9 heures du matin.

On constate alors : Au palper : plan du dos à gauche; le sommet n'est pas engagé, mais il appuie fortement sur le détroit supérieur. Au toucher : col effacé, dilatation comme 50 centimes, excavation vide.

Les contractions sont énergiques et se succèdent régulièrement. A 7 heures du soir, l'état général est bon, le fœtus ne paraît pas souffrir, la dilatation est complète. On fait préparer tout ce qu'il faut pour une intervention qui peut devenir urgente et l'on rompt la poche des eaux. On décide ensuite d'attendre les événements, en se réservant d'intervenir dès que la situation le commanderait.

A 8 heures du soir, l'engagement commence à se faire, mais les contractions sont peu énergiques et la tête progresse très lentement.

A 10 heures, le travail s'est presque complètement arrêté; le sommet cependant est descendu dans l'excavation, la suture sagittale occupe le diamètre transverse, la fontanelle postérieure est presque à l'extrémité gauche de ce diamètre.

Les bruits du cœur sont bons; mais, devant cette inertie utérine, on applique le forceps en O I G T. La tête descend avec une certaine difficulté, fait ensuite sa rotation, puis est dégagée en O P.

La délivrance se fait normalement.

L'enfant, très vigoureux, du sexe masculin, pèse 3.400 grammes.

Le diamètre Bi P mesure 9 c.m. 5.

Le travail a duré 22 heures.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance du Docteur Vallette)

Accouchement à terme. — Spontané

F. P., 23 ans, ménagère, entre au dortoir le 4 juin 1907. Elle n'a fait ses premiers pas qu'à 3 ans seulement.

C'est une tertipare : Son premier accouchement en 1903 : l'enfant, qui se présentait par l'épaule, fut extrait par une version interne et mourut sept jours après.

Le deuxième accouchement, en 1905, s'est terminé spontanément et à terme, à la Clinique : présentation sommet ; l'engagement ne se produisit qu'au cours du travail ; l'accouchement se termina heureusement, malgré les appréhensions qu'avait fait naître la constatation d'un rétrécissement du bassin. L'enfant est en vie et bien portant.

La grossesse actuelle évolue depuis le 20 décembre. Voici ce que l'on remarque à l'examen :

Au palper : présentation du siège. Par le toucher, on atteint très aisément le promontoire ; le diamètre promonto-pubien minimum égale au plus 8 centimètres.

Le lendemain on pratique la version par manœuvre externe ; on ramène la tête dans l'aire du détroit supérieur et l'on place une ceinture de Pinard.

Les jours suivants, on constate que la tête n'a pas changé de situation et qu'il n'y a toujours pas d'engagement.

Enfin, le 7 juin, cette femme descend à la salle de travail : la dilatation est comme 2 francs, la tête ballotte toujours au-dessus du détroit supérieur.

A 2 h. 1/2 du soir, la dilatation est complète ; la poche des eaux est très bombante, on la rompt artificiellement ; aussitôt après l'engagement se produit, et à 3 heures, après quelques efforts, la femme expulse en O P un fœtus du sexe masculin, qui pèse 3.700 grammes.

Délivrance et suites de couches normales.

Le diamètre bi-pariétal de l'enfant mesure 9 centimètres.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Vallette)

Accouchement à terme. Forceps à la vulve

P... M..., 20 ans, domestique, primipare, entre au dortoir le 22 août 1907. Sa mère est morte tuberculeuse à l'âge de 29 ans ; son père, ses frères et sœurs sont en parfaite santé. Elle seule a présenté du rachitisme et n'a pu faire ses premiers pas qu'à l'âge de 7 ans. Elle a, en outre, un passé pathologique des plus chargés.

Les dernières règles datent du 8 décembre 1906 ; depuis lors la grossesse évolue sans incident.

A l'examen on remarque la déformation des tibias. Le ventre est très développé : hauteur utérine 41 centimètres. Les parois sont tendues et le palper très difficile. L'extrémité céphalique mobile au-dessus du détroit supérieur se présente en OI.D.T. Par le toucher on atteint très facilement le promontoire. Le diamètre promonto-sous-pubien est égal à 10 centimètres, ce qui fait supposer un diamètre antéro-postérieur minimum de 8 centimètres et demi environ. Le sacrum paraît concave. Entrée dans le service à la fin de son huitième mois, elle est examinée à plusieurs reprises et à chaque examen on constate un état de choses à peu près semblable.

Elle descend à la salle de travail le 4 octobre, à 9 heures du

matin, ayant dépassé presque d'un mois le terme qu'elle avait prévu.

A l'examen on constate : extrémité céphalique non engagée ; saillie très prononcée à gauche ; plan du dos à droite. L'enfant paraît très gros. Le col est en voie d'effacement. Les contractions sont peu énergiques. A 10 heures du matin, dilatation 1 franc, les douleurs sont plus rapprochées ; la tête est toujours au-dessus du détroit supérieur.

A 5 heures du soir, les contractions sont très énergiques, la dilatation est complète, le sommet paraît s'engager ; on rompt la poche des eaux. A 6 heures du soir, le sommet commence nettement à s'engager, et à 6 heures 30 la tête est dans l'excavation en OIDA. A 8 heures elle progresse peu, mais la rotation s'effectue.

Le cœur fœtal est attentivement surveillé ; à 9 heures les bruits, quoique bien frappés, se ralentissent ; une petite quantité de méconium apparaît à la vulve.

On applique immédiatement le forceps et l'on extrait en OP un enfant du sexe masculin qui pèse 3.900 grammes et crie aussitôt.

Légère déchirure à la vulve. Délivrance et suites de couches normales.

Le diamètre bi-pariétal du fœtus mesure 9 centimètres. Le travail a duré 15 heures.

Groupe IV. — Bassins annelés ou canaliculés dont le diamètre promonto-sous-pubien mesure au moins 9 centimètres. (Bassins de 7 cm. 5).

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Vallette)
Accouchement à terme. — Symphyséotomie.

F... M..., 22 ans, piqueuse de bottines, entre à la Clinique le 25 avril 1907, à 7 heures du soir. Elle est en travail depuis le 24 avril à 8 heures du matin et elle a perdu les eaux prématurément le même jour à 8 heures du soir. Pas d'antécédents héréditaires. Elle est restée nouée jusqu'à l'âge de 3 ans; depuis elle jouit d'une bonne santé.

Elle a eu ses dernières règles du 20 au 23 juillet 1906 et depuis lors sa grossesse a évolué sans incident.

Actuellement, on constate la présence d'albumine dans les urines; le ventre est très développé; l'utérus est dévié à droite; la tête non engagée se présente en D T; les parois sont tendues. Par le toucher: dilatation du col comme 2 francs; d'après les renseignements donnés, cette dilatation est stationnaire depuis la veille. On atteint facilement le promontoire: le diamètre promonto-sous-pubien mesure 8 centimètres,

La température axillaire est de 38°2. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

A 9 heures et demie du soir, l'état de la malade est toujours le même, on décide d'intervenir; on pratique la symphyséotomie. Après avoir dilaté le col, on fait une application de forceps et on extrait en O P une enfant du sexe féminin qui pèse 3.100 grammes. Délivrance artificielle.

Suites de couches excellentes. La symphyse paraît conso-

lidée le dix-septième jour et la malade sort complètement guérie quelques jours plus tard. L'enfant se développe très bien.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance M. le docteur Vallette)
Accouchement à terme. — Opération de Porro.

M... A..., 25 ans, sans profession, entre à la Clinique obstétricale le 10 juillet 1908, à 6 heures du soir. Elle est en travail depuis 4 heures du matin. Cette femme, de taille très petite (1 m. 29 seulement), a une gibbosité très prononcée dans la région dorso-lombaire.

La cavité abdominale est de ce fait très réduite, le thorax paraissant s'appliquer immédiatement sur les crêtes iliaques. L'utérus est en antéflexion très marquée et le ventre en besace. Pour ausculter le cœur fœtal on est obligé de rabattre l'utérus en arrière et de l'appliquer sur le sternum de la femme.

Les parois sont fortement tendues, on sent le plan du dos à gauche de la ligne médiane ; du même côté les bruits du cœur sont nettement perçus.

Au toucher : la poche des eaux est intacte, bombant à travers l'orifice du col utérin dilaté comme 5 francs.

Dans l'intervalle des contractions, on sent le sommet non engagé qui se présente au détroit supérieur en G T.

A la partie postérieure on atteint très facilement le promontoire. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 8 centimètres. Le sacrum est plat ; le bassin généralement rétréci paraît avoir la forme d'un entonnoir légèrement aplati en arrière.

L'examen terminé, on décide de pratiquer immédiatement l'opération césarienne ; des circonstances spéciales déterminent l'opérateur à pratiquer ensuite l'opération de Porro. L'in-

tervention dure 30 minutes ; elle permet d'extraire un enfant du sexe féminin pesant 2.900 grammes.

Suites opératoires excellentes, la température la plus élevée fut 36°6 (4° jour).

Les fils sont enlevés du 9^e au 10^e jour ; chute du moignon le 14^e jour.

La femme a quitté le service complètement guérie. Son enfant se développe normalement.

NUMÉROS des Observations		Présentation		Époque de l'accouchement et terminaison		ÉTAT de l'enfant à la naissance		ÉTAT de l'enfant à la sortie du service		DIAMÈTRE promonto sous-pubien		DIAMÈTRE bi-pariétal		Poids de l'enfant à la naissance		AGE des parturientes		PARITÉ		DURÉE TOTALE du travail		
I II	OIGT OIGT	à terme, forceps à terme, forceps		vivant vivant	vivant vivant	centim. 11,5 11,5	centim. 9,3 9	gr. 3.350 3.700	30 30	I I	1 1	heures 16 48	1 ^{re} catégorie									
III IV V	OIGT OIGT OIGT	à terme, spontané à terme, forceps à terme, spontané		vivant vivant vivant	vivant vivant vivant	10,5 11 10,5	8,5 8,6 9,3	3.130 2.850 3.800	25 33 33	I I III	1 1 1	13 13 56	2 ^e catégorie									
VI	1 ^o OIGT 2 ^o Front OIGT	à terme, forceps à terme, spontané à terme, spontané		vivant vivant vivant	vivant vivant vivant	11 10,5 10,5	9,5 9,3 8,5	3.900 3.500 2.800	25 22 25	II I I	1 1 1	14 23 34 (?)	3 ^e catégorie									
VII VIII IX X	OIGT OIGT OIGT OIGT	à terme, forceps à terme, forceps à terme, forceps		vivant vivant vivant	vivant vivant vivant	10,5 10,5 10,5	9 9,5 9,5	3.370 4.300 3.370	24 34 24	I II I	1 1 1	20	4 ^e catégorie									
XI XII	OIGT 1 ^o Siège version externe 2 ^o OIGT OIGT	à terme, forceps à terme, spontané à terme, spontané		vivant vivant	vivant vivant	10 9,5	9,5 9	3.400 3.270	21 23	I III	1 1	24 11	4 ^e catégorie									
XIII	OIGT OIGT	à terme, forceps		vivant	vivant	10	9	3.950	20	I	1	15	4 ^e catégorie									
XIV XV	OIDT OIDT	à term., symphyséotomie à terme, op. de Porro		vivant vivant	vivant vivant	9 8	9,7 9	3.100 2.900	22 25	I I	1 1	32 15	4 ^e catégorie									

CHAPITRE III

DISCUSSION — RÉSULTATS — CONCLUSIONS

Nous venons de relater 15 observations d'accouchement dans des bassins rachitiques. Etudions maintenant ces observations, notons les résultats obtenus par la conduite tenue dans ces cas et les conclusions qui s'en dégagent.

Tous ces cas (que nous rassemblons dans le tableau ci-contre) concernent des accouchements à terme.

Dans deux cas, l'engagement de la tête fœtale n'ayant pu s'effectuer, on a, pour terminer l'accouchement, eu recours à une intervention sanglante : symphyséotomie (Obs. XIV), et opération de Porro (Obs. XV).

Dans les treize autres cas, l'engagement du sommet s'est toujours produit. Il est vrai que le temps nécessaire a été quelquefois très long.

Dans ces treize mêmes cas, l'accouchement s'est terminé cinq fois spontanément et huit fois avec l'aide du forceps appliqué quatre fois dans l'excavation (Obs. I, IV, X, XI), deux fois au détroit inférieur (Obs. II et IX), deux fois à la vulve (Obs. VI et XIII).

Dans tous les cas relatés, on a eu des enfants vigoureux, dont trois seulement pesaient moins de 3 kilogrammes (l'un.

obs. IX, 2.850 grammes, le deuxième, obs. VIII, 2,800 ; et le dernier, obs. XV, 2,900.)

Six pesaient plus de 3.000 grammes ; cinq plus de 3.500, et enfin un pesait plus de 4 kilogrammes.

Tous ces enfants sont nés vivants sans présenter des signes de souffrance, malgré une angustie pelvienne qui, dans certains cas, était très prononcée.

En effet, si nous retranchons le chiffre moyen de 15 millimètres au diamètre promonto-sous-pubien, nous voyons que le diamètre antéro-postérieur minimum ou diamètre utile du bassin devait mesurer ;

2 fois moins de 8 centimètres ;

3 fois moins de 9 centimètres ;

8 fois moins de 10 centimètres ;

2 fois 10 centimètres au moins.

Dans les deux premiers cas (bassins de 8 centimètres) on a dû pratiquer une fois la symphyséotomie, une fois l'opération de Porro (l'opération césarienne ayant dû, à cause de circonstances spéciales, être terminée par l'amputation utéro-ovarique.)

Dans les trois seconds cas (bassins de moins de 9 centimètres) on a attendu le terme.

Le résultat n'en a pas été moins satisfaisant, puisque, dans les trois cas, l'engagement de la tête s'est naturellement produit ; l'accouchement s'est terminé une fois spontanément (obs. XII, tertipare, enfant de 3.270 grammes) et deux fois par application du forceps dans l'excavation : (obs. XI, enfant 3.400 gr.) et à la vulve (obs. XIII, 3.950 gr.).

Enfin, dans les dix bassins qui mesuraient plus de 9 centimètres, l'accouchement s'est toujours naturellement et heureusement terminé, sans que jamais on ait provoqué le travail avant le terme.

Un dernier fait doit être mis en évidence, il a trait au diamètre bi-pariétal du fœtus, puisque cet élément paraît devoir jouer un rôle important dans la thérapeutique obstétricale des bassins rétrécis.

A ce point de vue, on peut remarquer en premier lieu que le diamètre bi-pariétal n'est pas toujours en rapport avec le poids de l'enfant.

En effet, tel fœtus qui pèse 3.950 grammes (obs. XIII) a un pariétal de 9 centimètres seulement, alors que tel autre, qui pèse 3.100 grammes (obs. XIV), a un bi-pariétal qui mesure 9 cm. 7.

En second lieu, et c'est là un fait qui est peut-être encore plus important, on voit que des bipariétaux de 9 centimètres et de 9 cm. 5 ont passé sans trop de difficulté dans des bassins dont le diamètre utile était estimé 8 cm. 5 ou 8 centimètres tout au plus (obs. XI et XII).

Il ne faut donc point établir un rapport mathématique entre le diamètre présumé du bassin et le diamètre présumé de la tête fœtale.

Dans les observations que nous rapportons, on n'a pas eu recours à l'interruption de la grossesse, on a attendu le terme. L'argument mis en avant par les partisans de cette manière de faire est la possibilité d'une erreur dans l'évaluation des divers facteurs qui entrent en jeu pour déterminer l'époque opportune à l'intervention, principalement la date exacte de la grossesse. En outre, la provocation prématurée de l'accouchement ne donne pas toujours ce qu'on en espère : on est obligé, parfois, après avoir provoqué prématurément le travail, d'avoir recours aux mêmes interventions qui auraient été nécessaires au moment du terme. Peham, de Vienne, cite une opération césarienne pratiquée dans ces conditions. Quelquefois aussi la pratique de l'accouchement prématuré entraîne

de sérieux déboires : sur une série de 13 accouchements de ce genre, ce même auteur note 11 craniotomies, dont 4 sur des enfants vivants.

Nous pourrions rapporter à l'appui de notre manière de voir les résultats obtenus dans de nombreuses cliniques, en particulier à Paris (Baudelocque), Strasbourg, Vienne, dans lesquelles est posé le principe de l'attente du terme de la grossesse.

Ainsi que nous le disions dans notre introduction, nous n'avons pas l'intention de fixer la conduite à tenir dans chaque cas et dans chaque degré de dystocie. Nous dirons simplement que, si après avoir attendu le terme de la grossesse, on n'obtient pas un accouchement spontané, on aura un résultat efficacement heureux en intervenant à ce moment par la version, le forceps, la symphyséotomie ou l'opération césarienne.

En résumé, les faits que nous avons observés sont trop peu nombreux pour que nous puissions en tirer une règle générale, mais néanmoins ils tendent à prouver que dans les cas de bassin rachitique il est préférable d'attendre le terme et de ne pas interrompre prématurément la grossesse.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 juillet 1910.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 22 juillet 1910.

Pour le Doyen,

L'Assesseur délégué.

G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

